Lycée Technique pour Professions de Santé

C O S P I

Nutrition entérale par sonde

Classe 13e SI

Année 2010-2011

Prérequis :

ANATOMIE/PHYSIOLOGIE DU TUBE DIGESTIF

BASES : NUTRITION 12SI

NÉCESSITÉ DE MANGER ET DE BOIRE

Table des Matières

1. Indications de la nutrition entérale par sonde

2. Critères de qualité du liquide nutritif

3. Les différents types de solutés

4. Les sondes gastriques et duodénales et leurs indications

5. Pose d'une sonde gastrique

6. Administration de la nutrition entérale par sonde

7. Administration de médicaments par la sonde

8. Complications possibles de la nutrition entérale

9. Annexe: Fiche de travail et solution

Fiches techniques

- Pose d'une sonde gastrique
- Ablation d'une sonde gastrique
- Pansement de la gastrostomie (spécificités)
- Administration de la nutrition par sonde

Référence: Pflege Heute, 3. Auflage, Urban&Fischer Verlag

1. Indications de la nutrition entérale par sonde

Chez de nombreux patients, la nutrition orale normale ne suffit pas à combler les besoins nutritionnels, car ils ne:

- **peuvent** pas manger, p.ex. lors de troubles de la déglutition (paralysies), de cancer de l'œsophage ou en cas de perte de conscience
- **doivent** pas manger, p.ex. en pré- et postopératoire
- **veulent** pas manger, p.ex. en cas d'anorexie mentale

Dans ce cas, le patient doit être alimenté de façon artificielle. On a alors le choix entre 2 possibilités : la nutrition entérale artificielle à partir d'une sonde introduite dans le tube digestif supérieur, et la nutrition parentérale moyennant un abord veineux.

2. Critères de qualité du liquide nutritif

Le liquide nutritif doit remplir les critères de qualité suivants:

2.1. Critères physico-chimiques:

Consistance liquide

Le produit doit être le plus liquide possible, mais doit également contenir le plus de nutriments possibles et ce pour un volume réduit.

Homogénéité

Le produit doit rester homogène au moins pendant 4-6 heures. Ceci est d'autant plus important que le patient est alimenté en continu.

PH

Le pH du liquide nutritif doit être neutre si possible, car les valeurs du pH de l'intestin grêle sont également neutres. Les mélanges standard courants ont un pH allant de 7 à 7,5.

Osmolarité

L'osmolarité est exprimée en Osmol/Litre de soluté. Elle est proportionnelle à la concentration et inversement proportionnelle au poids moléculaire des solutés dissouts. L'osmolarité idéale d'une solution qui comporte 1 kcal/ml, est d'environ 310 mosm/L (mmol/L). Les solutions hyperosmolaires provoquent des diarrhées osmotiques ou le Dumping-Syndrome.

Température

La température de la nutrition en continu doit toujours rester au dessus de 12°C. Lors d'une nutrition en discontinu, on chauffe le liquide à ± 35°C. La température ne devrait jamais excéder 40°C, car les protéines se mettraient alors à coaguler.

2.2. Critères sensoriels:

La couleur, l'odeur, et le goût du liquide nutritif déterminent l'accord du patient, et influencent de façon considérable la digestion de cette forme d'alimentation. Il est recommandé de garder une alimentation normale usuelle:

- Les collations et le petit déjeuner devraient avoir un goût plutôt sucré.
- Le déjeuner et le dîner peuvent être plus consistants.
- Des couleurs, odeurs et goûts agréables favorisent la digestion.

2.3. Critères bactériologiques:

Tout comme chaque type d'alimentation, la nutrition entérale n'est pas stérile. Cependant la nutrition entérale devrait contenir le moins de germes possible, et elle doit en tout cas ne pas contenir de germes pathogènes. Les préparations doivent être conservées au frais (< 7°C).

2.4. Critères d'alimentation physiologique:

Consommation énergétique totale du corps humain

- Besoin minimal ± 35 Kcal/kg Poids/Jour
- Besoin maximal > 90 Kcal/kg Poids/Jour
- Pour les besoins normaux la solution contient 1 Kcal/ml
- Pour les besoins augmentés elle peut contenir jusqu'à 175 Kcal/ml

Répartition des nutriments

- Protéines: ± 10 – 15 % (4,1 Kcal/g)
- Lipides: ± 30 % (9,3 Kcal/g)
- Glucides: ± 55 - 60% (4,1 Kcal/g)

✓ La nutrition entérale doit respecter les différents régimes, comme p.ex. régime diabétique, les régimes pauvres en sel ou en fibres alimentaires!

✓ **1 Kilocalorie** *(kcal)* correspond à l'énergie dont on a besoin pour chauffer 1 L d'eau de 14 à 15 °C!

3. Les différents types de solutés

En principe on distingue ***3 différents types*** de diètes:

- la **d**iète **d**éfinie par les **n**utriments **(NDD)**
- la **d**iète élémentaire **d**éfinie **c**himiquement **(CDD)**
- la diète oligopeptidique

	Diète définie par les nutriments (NDD)	Diète élémentaire définie chimiquement (CDD)	Diète oligopeptidique
Brève description	• Nutriments de haut poids moléculaire • (presque) isotonique au plasma	• Nutriments de bas poids moléculaire, qui ne sont plus décomposés, mais qui sont directement absorbés • Hypertonique au plasma	• Comme la CDD, mais oligopeptides (= acides amines à chaines courtes) au lieu d'acides aminés simples • Faiblement hypertonique au plasma
Avantages	• Buvable • Flore et fonctions intestinales presque pas modifiées • Diarrhées (osm.) plus rares que sous CDD	• Ne requièrent que peu d'effort de digestion de l'intestin, peut donc être utilisé dans les pathologies de l'intestin • Selles peu abondantes	• Meilleur goût que la CDD • Diarrhées (osmotiques) et atrophie intestinale plus rares que sous CDD

	• Coût faible		
Désavantages	• Requiert une fonctionnalité (presque) totale de l'intestin	• Mauvais goût • Non physiologique, une adaptation rapide à la nutrition normale n'est pas possible • En cas de longue durée d'utilisation evtl. atrophie de l'intestin grêle, nausées, vomissements et diarrhées • Coût élevé	• Coût élevé

4. Les sondes gastriques et duodénales et leurs indications

4.1. La sonde de Salem :

Indications:

- administration de la nutrition entérale (Gavage)
- pour l'aspiration du suc gastrique à visée diagnostique, p.ex. pour affirmer la présence des bacilles de Koch (BK) dans le suc gastrique
- aspiration du suc digestif à visée thérapeutique p.ex. pour soulager l'estomac ou les intestins après une intervention, ou pour faire un lavage gastrique après la prise de substances toxiques comme l'alcool et/ou des médicaments lors d'une tentative de suicide, lorsque l'utilisation d'un gros tube d'aspiration n'est pas nécessaire ou contre-indiquée.
- La sonde Salem possède 2 lumières, une pour l'administration ou l'absorption de liquide, l'autre, de diamètre inférieur, pour égaliser les pressions (prise d'air), ou encore pour le lavement en cas d'aspiration concomitante des sécrétions
- Elle est imperméable aux rayons, a une longueur de 1 - 1,2 m et un diamètre de 12 à 18 Charrière (1 Ch = 1/3 mm), donc de 4 – 6 mm, respectivement de Ch 24 pour le lavement. La pointe est arrondie et sur quelques centimètres à partir de la pointe se trouvent des ouvertures latérales. L'ouverture distale permet le raccordement à un dispositif d'aspiration, à une seringue de 50 - 100 ml, ou, par une pièce intermédiaire, à une poche d'alimentation.

- ***La sonde de Lévine:***

La sonde de Lévine a les mêmes indications que la sonde de Salem. Mais comme elle n'a qu'une lumière, une dépression lors de l'aspiration peut se produire → aspiration → muqueuse gastrique endommagée, ou alors une surpression lors de l'administration de la nutrition entérale avec le risque de vomissements.

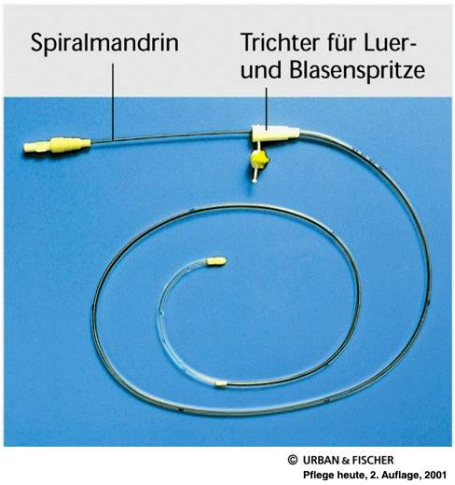
4.2. Le tube de Faucher :

Indication: lavage d'estomac
Le tube de Faucher est à lumière simple, a un diamètre de 15 mm environ (Ch 45) et peut être introduit par la bouche. Au niveau de son ouverture distale, on peut fixer un entonnoir pour introduire des grandes quantités de liquide dans l'estomac, respectivement pour le laisser s'écouler.

4.3. La sonde à ballonnet, sonde de compression œsophagienne :

p.ex. sonde de Sengstaken - Blakemore. Celles-ci servent à comprimer mécaniquement les saignements des varices œsophagiennes.

4.4. La microsonde:



Elle est utilisée pour l'administration de la nutrition entérale à long terme. Elle a une ouverture proximale. Son diamètre est petit: 6 - 9 Ch. Elle est à simple lumière, et peut être branchée à une perfusion entérale. Comme la micro sonde est relativement fine, elle possède un mandrin en métal pour guider l'introduction. Avec ce mandrin, elle ne peut être introduite que par un médecin (risque de perforation).

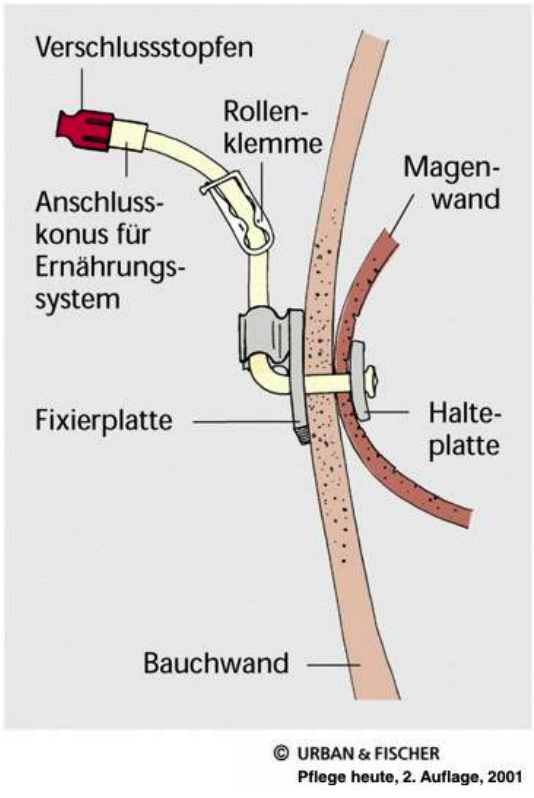
4.5. La sonde duodénale:

Indications:

- Aspiration duodénale (p.ex. de bile, à but diagnostique)
- Alimentation duodénale

Sa pointe possède une olive métallique ronde, pour faciliter le passage de l'estomac dans le duodénum à travers le pylore. Sa position peut être vérifiée radiologiquement. Longueur : environ 1,5 m; son diamètre : environ 4 mm (= Ch 12).

4.6. La gastrostomie percutanée endoscopique (PEG):



Pour le traitement à long terme, la gastrostomie percutanée endoscopique (**PEG**) s'impose de plus en plus. Pour celle-ci on crée une fistule gastrique externe (fistule externe = communication entre une cavité corporelle et la surface corporelle). A l'aide d'une rallonge, la sonde peut être introduite jusque dans le duodénum, comme p.ex. lors de troubles de la conscience avec des risques élevés d'aspiration. Parallèlement, dans certaines cliniques, le jéjunum est directement ponctionné et une jéjunostomie percutanée endoscopique (**PEJ**) est effectuée.

La possibilité d'alimentation orale et de déglutition normale constitue un avantage, même avec la présence de la sonde. Beaucoup de patients préfèrent la nutrition continue p.ex. la nuit, car le jour ils peuvent débrancher la sonde de la pompe, et sont ainsi plus mobiles. Comme la sonde est cachée sous les vêtements, les patients se sentent plus à l'aise dans leur vie quotidienne qu'avec une sonde nasale.

Préparation du patient avant la pose d'une sonde PEG (exemple de St. Louis)

3 jours avant l'intervention:

- *Lavage buccal matin, après-midi, et soir avec l'Isobétadine buccale.*

➢ *2 jours avant l'intervention:*

- *Matin, midi et soir lavage buccal avec l'Isobétadine buccale.*
- *Matin et après-midi douche, resp. lavage complet avec la Bétadine Scrub.*

➢ *Le soir avant l'intervention:*

- *Matin, midi et soir lavage buccal avec l'Isobétadine buccal.*
- *Matin et après-midi douche, resp. lavage complet avec la Bétadine Scrub.*
- *Le soir rasage de la région périombilicale (rayon large) suivi d'une désinfection cutanée abdominale avec l'Isobétadine dermique.*

➢ *Le matin de l'intervention:*

- *Désinfection cutanée abdominale avec l'Isobétadine dermique.*
- *Protection de la zone chirurgicale par un champ stérile.*

5. La pose de la sonde gastrique

Décret suivant les dispositions légales du *règlement grand-ducal du 21 janvier 1998:*

1) *Soins et actes sur initiative propre: « soins et changement d'une sonde gastrique »*
2) *Soins et actes techniques relevant d'une prescription médicale (sans présence de médecin):* *- Mise en place et retrait d'une sonde gastrique ou intestinale*
   - Réalisation d'une alimentation ou d'un lavage par sonde

5.1. Indications de la sonde gastrique:

S'assurer de l'apport alimentaire:

- Chez les patients, qui ne peuvent pas prendre (ou pas assez) de nourriture. Ce sont surtout les patients inconscients (après traumatisme crânien, apoplexie).
- Chez les patients avec des dysphagies, des lésions ou après chirurgie du nez, du pharynx, de la mâchoire, de l'œsophage, ainsi que les patients refusant la nutrition (anorexie mentale)

Dérivation des sécrétions/ du suc gastrique:

- En cas de pancréatite aigue, d'iléus
- Lors d'interventions sur le tube digestif supérieur, afin de prévenir les vomissements (atonie gastrique et intestinale post-opératoire)
- À visée diagnostique (analyse des sécrétions gastriques)

Aspiration de substances anormalement présentes dans l'estomac

- aspiration de sang, en cas d'ulcère gastrique
- Aspiration du contenu gastrique en cas d'intoxication médicamenteuse

Aspiration d'air:

- Prophylaxie de l'insuffisance des fils de suture en cas de chirurgie gastrique

Instillation de certains médicaments ou substances

6. Administration de la nutrition entérale par sonde

On distingue:

- L'administration intermittente en bolus (= grandes quantités d'un coup)
- L'administration en continu de petites quantités à l'aide d'une pompe.

6.1. Avantages et désavantages de l'administration en bolus:

AVANTAGES:

- "alimentation" aux horaires habituels
- Sensation de plénitude présent
- Attention, contact social (5 - 6 x/ jour)
- Physiologique (estomac plein)

DESAVANTAGES:

- Risque de contamination (p.ex. si une bouteille entamée reste dans la chambre)
- Administration trop rapide (→ Surcharge de l'estomac)
- Risque : trop froid si pris directement dans le frigo
- Prend beaucoup de temps (10 - 15 Minutes pour l'administrer)
- En cas de nutrition avec des nutriments de bas poids moléculaire :
  - Danger de l'hyperglycémie
  - Montée du taux d'insuline
  - Hypoglycémie

6.2. Avantages et désavantages de l'administration en continu:

AVANTAGES:

- Pas de "surcharge" de l'estomac, risque faible de vomissement
- Pas d'hyper- ou d'hypoglycémie
- Perte de temps faible

DESAVANTAGES:

- Pas d'horaire d'alimentation
- Pas de sensation de plénitude
- Risque plus élevé d'infection (en cas d'utilisation non hygiénique)

6.3. Soins et surveillances à effectuer chez une personne alimentée par sonde:

- Vérification de la position de la sonde (à l'aide d'un bolus d'air de 10 – 20 ml et d'un stéthoscope)
- **Qualité** de la nutrition: température, apparence, propreté du matériel resp. de la seringue. Les flacons entamés doivent être utilisés le plus rapidement possible, et ne doivent pas être laissés ouverts pendant trop longtemps: risque de contamination bactérienne avec diarrhée infectieuse du patient généralement affaibli et fragile!
- **Quantité**: croissante, sauf en cas de complications (concertation avec un médecin)
- Bilan: - apport de liquide (In - Out)
  - apport calorique

- Hygiène buccale: 3 x / jour
- Prise du poids : 1 x / semaine

6.4. Aspects psychiques de la nutrition „artificielle“:

- Permettre au patient d'avoir plaisir pendant la nutrition (apparence, goût, odeur de la nutrition entérale)
- Privilégier un contact social pendant l'administration de „la nutrition“
- S'assurer d'une possible alimentation orale en dehors de la nutrition entérale (p.ex. semi-liquide: Yaourt? Compote de fruits? Autre alimentation souhaitée?)
- Stimuler la sécrétion de salive et le goût: chewing-gum?
- Hygiène buccale avec un thé légèrement sucré?

7. Administration de médicaments par la sonde

- Donner les médicaments au bon moment: avant, pendant, ou après la nutrition par la sonde
- À l'aide d'un mortier décomposer finement et séparément les médicaments, les dissoudre complètement dans de l'eau et les donner séparément
- Si possible privilégier les formes galéniques liquides (gouttes, sirop, suspensions)
- Ne pas décomposer les médicaments avec un revêtement résistant à l'acidité (ils sont inactivés par l'acidité gastrique) → n'est appropriée que pour les sondes duodénales.
- Risque d'engorgement de la sonde: bien rincer la sonde (à l'eau ou avec du thé non sucré)
- Ne pas donner les médicaments directement dans la nutrition dans la sonde

8. Complications éventuelles de la nutrition entérale

Complication	Symptômes (Signes)	Cause
Troubles digestifs:	Ballonnements	p.ex. en cas d'entrée d'air
	Vomissements	p.ex. en cas d'administration trop rapide
	Diarrhée	p.ex. en cas d'administration trop rapide, de contamination, de température inappropriée (trop froid), de composition inappropriée…
Inhalation	Signes auscultatoires (crépitants, voix rauque) Pneumonie d'inhalation	En cas de malposition de la sonde, de mauvaise position de la personne
Engorgement de la sonde		Rinçage insuffisant à l'eau claire, après l'administration de médicaments et de la nutrition
Complications dans le rhino- et l'oropharynx	Point de compression, candidose, Parotidite,…	Hygiène buccale/nasale insuffisante, changement de fixation de la sonde insuffisante, peu d'attention portée à la peau et aux muqueuses

9. Annexe

Fiche de travail: Sondes gastriques & alimentation artificielle

1. Quelle(s) affirmation(s) sur les **indications** d'une sonde gastrique est (sont) correctes ?
   a. L'absorption du suc digestif à visée diagnostique est une possible indication.
   b. Avant l'induction de l'anesthésie, on peut poser une sonde afin d'aspirer le contenu gastrique.
   c. Après chirurgie gastrique, on peut poser une sonde pour décharger et raccorder des anastomoses.
   d. En cas de refus alimentaire, on place obligatoirement une sonde gastrique de nutrition entérale au patient.
   e. L'indication pour la pose d'une sonde gastrique est posée par le personnel soignant.
2. Quels soins planifiez-vous chez une personne avec une sonde gastrique…

   avant la prise alimentaire:

……

……

   pour l'observation de la sécrétion:

……

……

   pour la fixation de la sonde:

……

……

   pour le soin du nez (narines):

……

……

3. Chez de nombreux patients, la nutrition orale normale ne suffit pas à couvrir les besoins énergétiques, car ils ne...

… peuvent pas manger	… doivent pas manger	… veulent pas manger

→ Donnez des exemples pour chacune des 3 situations !

Solutions de la fiche de travail: Sondes gastriques et alimentation artificielle

1. Quelle(s) affirmation(s) sur les **indications** d'une sonde gastrique est (sont) corrects?
   a. L'absorption du suc digestif à visée diagnostique est une possible indication. R
   b. Avant l'induction de l'anesthésie, on peut poser une sonde afin d'aspirer le contenu gastrique. R
   c. Après chirurgie gastrique, on peut poser une sonde pour décharger et raccorder des anastomoses. R
   d. En cas de refus alimentaire, on place obligatoirement une sonde gastrique de nutrition entérale au patient.
   e. L'indication pour la pose d'une sonde gastrique est posée par le personnel soignant.
2. Quels soins planifiez-vous chez une personne avec une sonde gastrique...

   avant la prise alimentaire:
   - *Contrôle régulier de la position de la sonde (observer les repères sur la sonde, injection d'air et auscultation, aspiration et papier pH…)*

   pour l'observation de la sécrétion:
   - *Quantité, odeur, consistance, autres éléments (sang), apparence*
   - *Changer evt. la poche de recueillement*

   pour la fixation de la sonde:
   - *Changer la zone de fixation si possible chaque jour*
   - *Bien tenir la sonde lors du changement de position de la sonde*

   pour le soin du nez (narines):
   - *Tamponner les narines quotidiennement avec un coton-tige imbibé d'eau chaude, et appliquer une pommade pour le nez*
   - *Appliquer la prophylaxie contre les candidoses et la parotidite, à cause de la diminution de la sécrétion de salive*
   - *Prophylaxie de la pneumonie en cas de respiration superficielle*
3. Chez de nombreux patients, la nutrition orale normale ne suffit pas à couvrir les besoins énergétiques, car ils ne…

… peuvent pas manger	**… doivent pas manger**	**… veulent pas manger**
Paralysie de déglutition	*pré- & post-op*	*anorexie mentale*
Cancer de l'œsophage		
Perte de conscience		

Pose d'une sonde naso-gastrique

Illustrations	Réalisation de l'activité de soin
	I. Préparation
	I.1. Recueil de données Indication de la sonde gastrique (pour alimenter, pour drainer des sécrétions) Quelle charrière? Le patient a-t-il une déviation anatomique du nez (une fracture du nez ou une déviation de la cloison nasale, ...) ? Est-ce qu'il a un risque d'épistaxis ? Est-ce qu'il n'y a pas de varices œsophagiennes? (en cas de maladie hépatique) Quel est l'état de conscience du patient? Est-il coopératif, anxieux, agité, ...?
	I.2. Préparation du soignant Hygiène des mains
	I.3. Matériel - Sonde gastrique (Type et Charrière selon indication -> voir syllabus) - Xylocaïn Gel 2% ou eau du robinet (lubrifiant) - Compresses non stériles - 2 gants à usage unique (autoprotection) - Protège patient, (p.ex. papier cellulose pour protéger le patient car risque de vomissements) - Bassin réniforme - Seringue de 50ml (pour injecter de l'air ou pour aspirer le suc gastrique) - Stéthoscope (pour ausculter afin de contrôler la position de la sonde) - Papier indicateur du pH (pour vérifier si on est bien dans l'estomac = acide) - Skin-Prep ou « Wundbenzin » (pour dégraisser la peau) - Ciseaux et sparadrap hypoallergénique (Leukofix, Fixomull) - Mouchoir, coton tige, NaCl 0,9% (pour le soin du nez) - évt. un verre d'eau - autre matériel (selon indication): Bouchon, Clamp (ou pince Kocher armée), sac récolteur, Fixation pour le sac, appareil d'aspiration, poche avec le soluté de nutrition, Nutripompe, ...
	I.4. Préparation du bénéficiaire de soins - Information exacte du bds : quoi? comment? pourquoi? - Demander au bds de coopérer - Enlever le dentier le cas échéant - Nettoyer le nez; faire un soin de nez si le bds est incapable de se moucher ; Dégraisser le nez avec Skin-Prep/ « Wundbenzin » - Installer le patient: position (semi-)assise si l'état de conscience est normal sinon position latérale

	II. Exécution (différentes méthodes) - **Protection du dos:** remonter le lit à sa hauteur - Protection du lit, mettre le bassin réniforme et le papier cellulose à portée de main - Couper le sparadrap - Préparer une compresse avec Xylocaïngel - Ouvrir l'emballage de la sonde - Mesurer la longueur à introduire (nez – oreille – pointe inférieure du sternum) - Mettre les gants - Prendre la sonde dans la main dominante et appliquer le Xylcoaïne Gel sur la pointe (5-10 cm) avec l'autre main. *Introduction de la sonde:* - Le patient tient la tête droite - La sonde lubrifiée est introduite horizontalement (parallèlement) par la narine choisie, jusqu'à ce qu'on sente une résistance (= choanes) - Puis on fait un mouvement avec la sonde pour la plier afin de traverser les choanes. - Introduire la sonde un peu plus loin, puis demander au patient de déglutir (avaler) (en tenant la tête légèrement pliée vers l'avant): lors de la déglutition l'épiglotte se ferme -> veiller à ce que la sonde ne s'enroule pas dans la cavité buccale! - Puis introduire la sonde jusqu'à la marque souhaitée (normalement entre II et III) - Observer le patient (si toux ou cyanose importante -> retirer la sonde, car probablement mauvaise position) - Contrôler la position de la sonde - Fixer la sonde (au nez) - Clamper la sonde ou connecter le sac récolteur (mettre en dessous du niveau moyen du patient), ou …
	III. Suite du soin
	III.1 Pour le BDS / de la chambre Réinstaller le patient
	III.2. Rangement du matériel
	III.3. Pour le soignant Hygiène des mains
	III.4. Documentation Date, charrière, Réactions de la personne Dans la suite: quantité drainée, aspect des sécrétions

Ablation de la sonde naso-gastrique

Illustrations	Réalisation de la prestation de soin
	I. Préparation
	I.1. Recueil de données S'assurer de la prescription médicale
	I.2. Préparation du soignant Hygiène des mains
	I.3. Matériel - Gants à usage unique non stériles - Pince Kocher armée - Papier cellulose ou compresses - Bassin réniforme - Sac poubelle - Remove ou « Wundbenzin » - Matériel pour le soin du nez
	I.4. Préparation du bénéficiaire de soins - Informer le patient - Position semi-assise ou latérale (diminue le risque d'aspiration)
	II. Exécution (différentes méthodes) - Clamper la sonde - Déposer le sac récolteur immédiatement dans le sac poubelle - Enlever le sparadrap de fixation - Mettre les gants à usage unique - Tenir une compresse ou du papier cellulose au niveau de la narine (pour tamponner immédiatement d'éventuelles sécrétions) - Retirer la sonde sans hésitation avec la main dominante - Si la personne régurgite -> faire une pause
	III. Suite du soin
	III.1 Pour le BDS / de la chambre - Donner l'occasion au bds de se moucher et de rincer la bouche - Enlever les restes de sparadrap avec Remove ou « Wundbenzin »
	III.2. Rangement du matériel
	III.3. Pour le soignant Hygiène des mains
	III.4. Documentation Noter l'ablation dans le dossier du patient (+ évt. Aspect et quantité des sécrétions).

Spécificité du soin de la gastrostomie percutanée

Illustrations	Réalisation de la prestation de soin
	I. Préparation
	I.1. Recueil de données Si le site de ponction cicatrise sans complications, le pansement est changé 2-3 fois par semaine à partir de la 2è semaine postopératoire.
	I.2. Préparation du soignant Hygiène des mains
	I.3. Matériel (seulement matériel spécifique à pour gastrostomie) - Gants à usage unique stériles - Compresse fendue stérile ou - compresses10x10 + ciseaux stériles
	I.4. Préparation du bénéficiaire de soins - installation sur le dos avec la paroi abdominale détendue
	II. Exécution
 Pflege heute, 3. Aufl., © Elsevier GmbH, Urban & Fischer, München Pflege heute, 3. Aufl., © Elsevier GmbH, Urban & Fischer, München	- mettre des gants à usage unique non stériles - enlever le pansement - noter le chiffre de la marque au niveau du site d'introduction - ouvrir le clamp au niveau de la plaque de fixation en le soulevant et enlever la sonde du guide. Puis détacher et retirer la plaque de fixation. - Surveiller le site de ponction (rougeur, sécrétions, …) - Eliminer les gants à usage unique, désinfection des mains - Désinfecter la peau autour du site de ponction, la face inférieure de la plaque de fixation ainsi que la tubulure de la sonde (avec une pince stérile). - Mettre des gants stériles - Dès que la gastrostomie est bien cicatrisée, mobiliser la sonde en l'introduisant de 3-4 cm (dans l'estomac) et tourner de 180°. Ceci empêche l'incrustation de la plaque de fixation dans la paroi gastrique interne (Buried-bumper-Syndrom) - Mettre la compresse fendue - Repositionner la sonde en la retirant jusqu'à voir la marque retenue puis avancer la plaque de fixation sur la compresse fendue, mettre la sonde dans le guide et fermer le clamp. Eviter d'exercer une traction importante sur la sonde car ceci pourrait favoriser des nécroses dues à la pression. Laisser environ 5-10 mm d'espace entre la plaque de fixation et la peau. - Couvrir la plaque de fixation et la sonde avec une compresse et fixer avec un sparadrap (p.ex. Fixomull). - Une sonde qui n'est pas utilisée pour l'alimentation actuellement, peut être enroulée sur la compresse fendue et couverte d'une compresse et fixée en dessous du sparadrap.
	III. Suite du soin
	III.1 Pour le BDS / Rangement de la chambre
	III.2. Rangement du matériel
	III.3. Pour le soignant
	III.4. Documentation

Administration de la nutrition entérale par sonde naso-gastrique ou par gastrostomie

Illustrations	Réalisation de la prestation de soin
	I. Préparation
	I.1. Recueil de données Prescription médicale (Soluté de nutrition: type, quantité,…) Mode d'administration (en continue ? par pompe ? en intermittence ?) Mode d'emploi des diètes industrielles Abord gastrique (sonde naso-gastrique , gastrostomie, …) Autonomie voire degré de dépendance du patient Administration simultanée de médicaments par la sonde ? (respecter le mode d'emploi)
	I.2. Préparation du soignant[1] Hygiène des mains
	I.3. Matériel Papier cellulose, Tout pour le soin de bouche, Soluté de nutrition, seringue de 50- voire 100-ml ou une bouteille voire une poche avec une trousse Matériel pour contrôler la position de la sonde Thé ou eau pour rincer après l'administration Bouchon pour fermer la sonde évt. médicaments écrasés (respecter le mode d'emploi) évt. pompe de nutrition Préparer le soluté de nutrition selon le mode d'emploi, p.ex. ben agiter la bouteille, diluer la poudre ou chauffer au bain marie à environ 30 °C (un surchauffage au dessus de 46 °C détruit les protéines).
	I.4. Préparation du bénéficiaire de soins[2] Informer le patient et le laisser s'installer dans une position confortable, de préférence en position assise (patients inconscients de préférence en position semi-assise). Faire le soin de bouche (au moins 3x/jour) . Protéger les patients conscients par une serviette
	II. Exécution (différentes méthodes) - Vérifier la position de la sonde (en injectant de l'air et en auscultant avec le stéthoscope). - Vérifier la vidange gastrique en aspirant le résidu gastrique (restes de la dernière administration). Si on aspire plus que 100 ml c'est un indice pour un trouble de la vidange gastrique. (informer le médecin pour se concerter sur la conduite à tenir). - Administrer la nutrition en évitant d'injecter de l'air (car ceci pourrait provoquer des ballonnements) <u>En cas d'administration d'un bolus par seringue</u> - Aspirer la sonde dans la seringue et injecter lentement dans la sonde. Observer le patient en permanence. <u>Administration par gravité</u> - Connecter une trousse spécifique à la poche du soluté et régler le débit de manière à administrer la portion en 15 - 20 minutes. Contrôler la vitesse d'administration plusieurs fois. <u>Administration par pompe</u>

[1] Le terme soignant est à lire soignant / soignante
[2] BDS = bénéficiaire de soins

 	- Connecter une trousse spécifique (pour pompe) au flacon ou à la poche du soluté, faire le vide d'air et poser la trousse dans la pompe. Puis connecter la trousse à la sonde gastrique, régler le débit prescrit et allumer la pompe. - Rincer avec 10-50 ml d'eau ou de thé non sucré pour éviter l'obstruction de la sonde. Eviter d'utiliser des boissons sucrées pour rincer la sonde (risque que cela colle), des jus ou thés de fruits (risque d'incompatibilité avec le soluté de nutrition à cause des acides).
	III. Suite du soin
	III.1 Pour le BDS / de la chambre - Pour prévenir le risque d'aspiration, laisser le patient au moins 30 minutes dans la position assise ou semi-assise ; observer les réactions d'intolérance éventuelles du patient. - Surveiller la fixation de la sonde ☝ La trousse doit être changée toutes les 24 heures pour prévenir le risque d'infection.
	III.2. Rangement du matériel
	III.3. Pour le soignant Hygiène des mains
	III.4. Documentation Administration de la nutrition entérale (type, quantité,…) Réactions du bds à la nutrition Obsevation de la peau et des muqueuses